

**Выводы:**

1. Большинство матерей детей с РДК (52 человека,  $85,25 \pm 4,54\%$ ,  $p < 0,001$ ) смогли полностью отказаться от ночных кормлений.
2. Менее половины женщин, имеющих детей с РДК (27 человек,  $44,26 \pm 6,36\%$ ), смогли исключить из перекусов детей рафинированные углеводы.
3. О полном соблюдении врачебных рекомендаций, относящихся к гигиене полости рта детей с РДК (режим чистки зубов, последовательность очищения поверхностей зубов, выбор и замена зубной щетки, используемые зубные пасты), сообщила достоверно меньшая часть респондентов (23 женщины,  $37,70 \pm 6,21\%$ ,  $p < 0,01$ ).
4. Достоверно меньшая часть родителей детей с РДК (24 человека,  $39,34 \pm 6,25\%$ ,  $p < 0,05$ ) выполняли рекомендованные стоматологом последовательные аппликации хлоргексидина и препаратов кальция и фосфора.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Кариес зубов у детей раннего возраста : учеб.-метод. пособие / Н. В. Шаковец, Н. В. Ковальчук. – Минск : БГМУ, 2011. – 44 с.
2. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes: a report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration // T. F. Drury [et al.] // J. of Public Health Dent. 1999. Vol. 59(3). P. 192–197.
3. Keyes, P. H. Recent advances in dental caries research / P. H. Keyes // Intern. Dent. J 1962. Vol. 12. P. 443–464.
4. Konig, K. Caries and Caries Prevention / K. Konig. Munich, Germany: Gold-mann, 1971.
5. Possible physico-chemical processes in human dentin caries / G. Daculsi [et al.] // J. Dent. Res. – 1987. Vol. 66 (8). – P. 1356-1359.

**КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ  
ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КИСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ  
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ**

***Бут-Гусаим В.В., Пирогова Л.А., Ярош А.С.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

По сведениям различных источников заболеваемость нарушениями мозгового кровообращения в последние десятилетия занимает второе место в структуре общей смертности, первое место среди причин стойкой утраты работоспособности и является одной из основных причин инвалидизации населения. Данная ситуация в значительной степени влияет на экономическую составляющую. Основой в решении данной проблемы является оптимизация нейрореабилитационной помощи на всех этапах [1].

В Республике Беларусь процент стойкой утраты трудоспособности вследствие нарушений мозгового кровообращения находится на высоком уровне, не смотря на активное развитие методов лечения и медицинской реабилитации [2, 3].

Нами был разработан комплекс медицинской реабилитации для пациентов с двигательной дисфункцией кисти центрального генеза, основанные на ранее известных методах, таких как зеркальная визуальная обратная связь (MVF – mirror visual feedback) [4] и терапия индуцированная ограничением (CIMT – constraint-induced movement therapy) [5] имеющие положительное влияние на кортикальную реорганизацию [6]. Также был использован оригинальный метод кистевой гимнастики и тренировка с латексными резинками для развития мелких моторных навыков [7].

**Цель:** Целью исследования является оценка возможности использования методов MVF, CIMT и кистевой гимнастики в качестве комплексного дополнения к стандартным методам медицинской реабилитации у пациентов с двигательной дисфункцией кисти вследствие нарушения мозгового кровообращения.

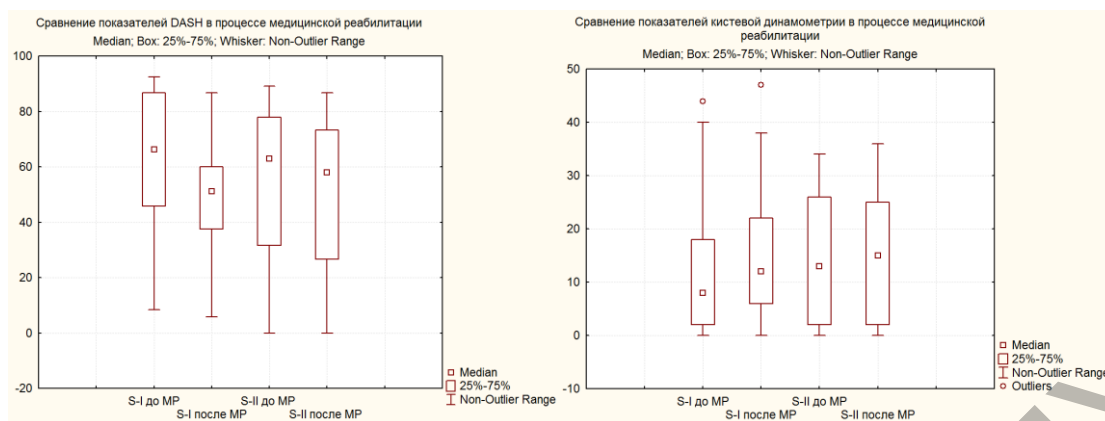
**Методы исследования:** 62 пациента с нарушением двигательной функции различной выраженности вследствие нарушений мозгового кровообращения были разделены на две группы: контрольную (S-II) (28 респондентов) и клиническую (S-I) (34 пациента). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и выраженности двигательной дисфункции. Все пациенты получали стандартное лечение, также респондентам клинической группы проводились сеансы MVF, CIMT и кистевой гимнастики.

Для оценки результатов медицинской реабилитации были использованы следующие методы: кистевая динамометрия, органоспецифичный опросник утраты способностей верхней конечности (DASH – The Disabilities of the Arm, Shoulder & Hand) и оценка мелкой моторики. Методы оценки были использованы до начала курса медицинской реабилитации и после его завершения.

**Результаты:** После формирования групп был проведен анализ однородности по всем изучаемым признакам; показатели в группах не имели статистически значимых различий ( $p > 0.05$ ) по результатам кистевой динамометрии и DASH.

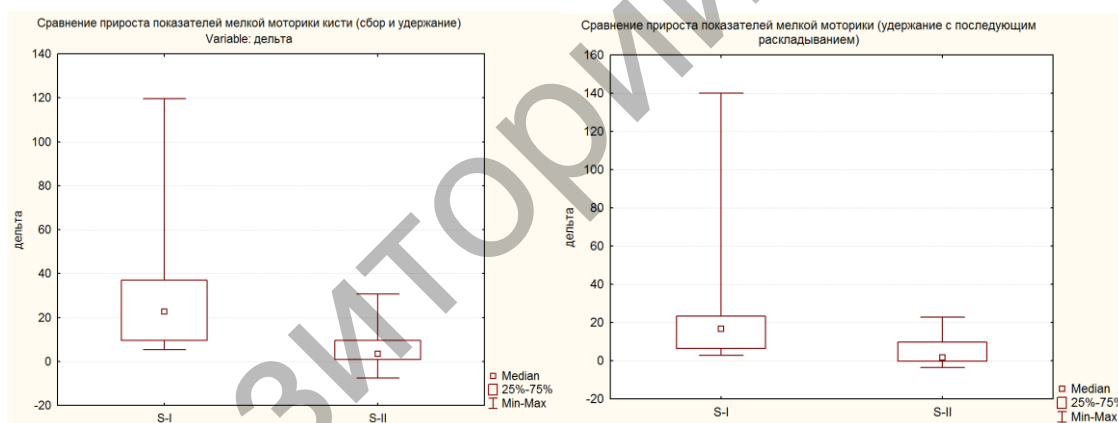
Среди всех респондентов этап восстановления навыка мелких целенаправленных движений был доступен 26,47% пациентам группы S-I и 35,71% респондентам группы S-II. По показателям мелкой моторики группы изначально не были однородными за счет того, что среди пациентов, у которых проводились занятия по развитию навыков мелкой моторики кисти, респонденты группы S-II затрачивали меньше времени на выполнение диагностической процедуры.

Результаты восстановления двигательной функции кисти после завершения курса медицинской реабилитации в двух группах было статистически значимым, однако респонденты группы №1 показали более качественные результаты ( $p < 0.05$ ) (рисунок 1).



**Рисунок 1. – Распределение показателей DASH и кистевой динамометрии до начала и после завершения курса медицинской реабилитации**

По окончании курса медицинской реабилитации был повторно проведен анализ однородности показателей мелкой моторики, группы были неоднородны ( $p < 0,05$ ), пациенты контрольной группы имели более развитый навык сбора и последующего удержания мелких предметов. Однако при анализе прироста исследуемого показателя было выявлено статистически значимое различие, связанное с более выраженным приростом в группе S-I ( $p < 0,05$ ) (рисунок 2).



**Рисунок 2. – Сравнение прироста показателей оценки мелкой моторики**

**Заключение:** Методы MVF, CIMT и кистевая гимнастика в комплексе являются значимым дополнением к стандартным методам медицинской реабилитации у пациентов с нарушением двигательной функции вследствие нарушений мозгового кровообращения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Чистякова, В.А. Динамика моторных и эмоциональных нарушений, качества жизни в восстановительный период инсульта / В.А. Чистякова, Н.Г. Катаева // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – № 2. – С. 98-103.
2. Анализ тенденций заболеваемости цереброваскулярными болезнями жителей Гродненской области в 2001-2005 годы / С. Д. Кулеш [и др.] // Журн. ГрГМУ. – 2008. – № 1. – С. 58-61.
3. Денисова, Е. В. Актуальные вопросы эпидемиологии сосудистых

заболеваний головного мозга в мире / Е. В. Денисова // Вестн. общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 3. – С. 8-15.

4. Ramachandran, V. S. Behavioral and Magnetoencephalographic correlates of plasticity in the adult human brain / V. S. Ramachandran // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1993. – Vol. 90. – P. 10413-10420.

5. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial / S.L. Wolf [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 296(17). – P. 2095-2104.

6. Constraint-Induced Movement Therapy Results in Increased Motor Map Area in Subjects 3 to 9 Months After Stroke / L. Sawaki [et al.] // Neurorehabil Neural Repair. – 2008. – Vol. 22(5). – P. 505-513.

7. Восстановление мелкой моторики кисти нарушенной вследствие органической патологии головного мозга с использованием оригинального комплекса кистевой гимнастики / В. В. Бут-Гусаим [и др.] // Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием (20 октября 2017 г.) / отв. ред. Л. А. Пирогова. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – С. 184-186.

## **ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОБУЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОР-ОРГАНАХ**

***Бушма К.М.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Выбор оптимального метода анестезии является одной из ключевых задач периоперационного ведения пациента. Современная медицина располагает нешироким арсеналом ингаляционных анестетиков, однако каждый из них имеет совершенно определенные фармакокинетические и фармакодинамические характеристики. Знание этих параметров помогает сделать правильный выбор при решении тех или иных анестезиологических задач. Так, к примеру, при необходимости поддержания достаточно глубокой анестезии с целевой минимальной альвеолярной концентрацией (МАК) выше 1,2 достаточно целесообразным представляется использование комбинации анестетиков (закись азота + летучий агент). При необходимости масочной индукции необходимо использовать анестетик, обладающий высокой скоростью наступления анестезии и не вызывающий раздражение дыхательных путей. При высокой травматичности вмешательства очень желательно применение средств, обладающих внутренней анальгетической активностью. При необходимости быстрой экстубации средством выбора является анестетик с минимальной продолжительностью индукции и пробуждения [1].

**Цель.** Оценить влияние летучих анестетиков на длительность пробуждения пациентов после операций на ЛОР-органах при использовании их изолированно и в комбинации с закисью азота.